(Ingresa a Sala el Subsecretario de la Junta Nacional de Drogas, sociólogo Julio Calzada.)

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública del Senado le da la bienvenida al doctor Julio Calzada, Secretario de la Junta Nacional de Drogas, para considerar el proyecto de ley de Personas Adictas a Sustancias Estupefacientes y las medidas y procedimientos tendientes a preservar su integridad física y síquica.

Ya hemos escuchado al ex Secretario de la Presidencia, doctor Alberto Breccia, al Subsecretario de Salud Pública, doctor Briozzo, a las Madres de la Plaza y ahora nos interesaría escuchar su opinión al respecto.

SEÑOR SOLARI.- Le pido disculpas, pero creo que sería bueno saber de qué proyecto de ley vamos a hablar, porque en El País Digital de hoy se habla de que el Poder Ejecutivo redactó un proyecto de ley alternativo sobre la internación compulsiva, que habilita consultorios móviles y que tiene una orientación algo distinta al proyecto de ley que originalmente había remitido. Me gustaría saber si nos vamos a remitir al proyecto que inicialmente remitió el Poder Ejecutivo, a este que anunció el señor Presidente, o a ninguno de antes mencionados.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hasta ahora hemos tenido a consideración este proyecto de ley, que es el único que tiene vida oficial o institucional para esta Comisión, si hay otro lo ignoramos.

SEÑOR CALZADA.- Es un gusto para mí estar aquí. El Poder Ejecutivo mandó un solo proyecto de ley. En el contexto de su elaboración se manejaron documentos y herramientas que dan cuenta del conjunto de la realidad y las diferentes miradas que se tienen de ese tema en los eventuales abordajes de la problemática de la población a la que el proyecto de ley refiere. Lo que está a consideración de la Comisión es el proyecto de ley que el Poder Ejecutivo envió en su momento.

En términos generales, la problemática de la pasta base es parte del problema del uso de drogas. Nosotros, desde la Secretaría de la Junta Nacional de Drogas, venimos trabajando e investigando sobre las características del uso de estas sustancias. A nivel de ciencias básicas y a nivel clínico hay importantes investigaciones de la Universidad de la República en relación a estos temas.

Hemos tenido la visita de diferentes expertos, particularmente, del Director del Observatorio Interamericano de Drogas de la Cicad, que ha precisado, entre otras cosas, que Uruguay es de los países donde hay más investigación sobre estos temas. En los últimos dos años Brasil ha hecho un gran esfuerzo en ese sentido. La investigación que tenemos da cuenta de que la pasta base es una sustancia que tiene una neurotoxicidad importante y fuerte impacto en determinadas zonas del cerebro. Esto está estudiado bastante en profundidad por el doctor Rodolfo Ferrando, del Centro de Medicina Nuclear de la Facultad de Medicina. Este docente ha hecho un estudio comparado entre la toxicidad y el impacto de la pasta base y el clorhidrato de cocaína. Uno de los datos más relevantes, y que me parece que aporta sustancialmente para el abordaje de esta situación, es que en todos los casos el consumo de estas sustancias es reversible. No se trata de sustancias que necrosen zonas del cerebro, sino que el problema está en el tiempo en el cual este impacto se mantiene a nivel de la corteza cerebral. El doctor Ferrando habla de aproximadamente seis meses para llegar a la situación de partida. Es decir que en una persona que ha consumido sistemáticamente pasta base durante determinado tiempo, la estructura cerebral -lo que es el sistema dopaminérgico y demás, que es donde esta sustancia actúa-, demora seis meses para volver a la situación de partida. Esto da cuenta de que estas personas, en una situación de consumo extremo, tienen enormes dificultades para el contralor de su sistema de placer. Por situarse, justamente, en el sistema dopaminérgico, todas aquellas situaciones que les generan la búsqueda de placer a las personas son sustituidas, en este caso, por este tipo de sustancias. Particularmente se ven situaciones de deterioro profundo de estas personas que dejan de buscar aspectos sustanciales, como, incluso, la alimentación. Esto es lo que se ve en la calle.

El otro aspecto sustancial que tiene que ver con el uso de esta sustancia y que lo diferencia de otras similares, y lo empareja con otras parecidas, es el impacto por la vía de consumo. En este

caso hay una investigación también muy importante que está haciendo el Instituto Clemente Estable, que ya lleva cerca de tres años experimentando con ratones. Incluso, originalmente se les inyectaba pasta base y últimamente han desarrollado un sistema por el cual los animalitos fuman. Y lo que tienen identificado con mayor claridad es que la vía de acceso tiene un impacto muy importante en lo que produce este tipo de sustancias. Concretamente, todas las sustancias fumadas tienen un impacto de entre tres y ocho segundos en la corteza cerebral, a diferencia de las otras, como el clorhidrato de cocaína que se esnifa e ingresa a la mucosa sanguínea a través de las narinas o de las encías, demorando más tiempo en impactar el sistema nervioso central. Esto hace que sea tan adictiva. En la jerga se dice que se trata de un sistema de tobogán porque el usuario sube y cae rápidamente. Para tener una idea del tema, el consumo del clorhidrato de cocaína entre que se esnifa o se frota las encías con la sustancia, demora entre 10 y 20 minutos en hacer efecto y dura un mínimo de 40 minutos o un poco más dependiendo de la calidad de la sustancia. En cambio, en el caso de las sustancias fumadas como la pasta base de cocaína, el impacto es de entre 3 y 8 segundos y cae fuertemente en no más de 5 minutos. Quiere decir que cuando un consumidor de clorhidrato de cocaína llega a la etapa superior del efecto y empieza la etapa de meseta, el consumidor de pasta base ya ha consumido al menos dos veces. Este es uno de los aspectos que es necesario tener en cuenta al valorar la sustancia.

Otro aspecto sobre el que no hay un acuerdo definitorio a nivel de los investigadores en relación al motivo de su efecto -quizás lo hayan leído en las investigaciones que se realizaron el último año-, es que una porción de pasta base de cocaína tiene entre 38 y 42% de clorhidrato de cocaína, el resto son sustancias adulterantes en las que puede haber lidocaína entre otras, pero, fundamentalmente, tiene una porción muy importante de cafeína que es de circulación no controlada. La discusión entre los académicos de Medicina Nuclear y del Clemente Estable está en si el efecto de la energización tan importante que tiene el consumo de la sustancia se debe a la conjunción o sinergia entre la cafeína y el clorhidrato de cocaína, que a la cocaína misma. Según los experimentos realizados a ratones, esto lleva a deambular en forma permanente y agresiva, en el sentido de que caminan sin un rumbo constante. Es muy interesante ver las gráficas que dejan los ratones, cuando esto se analiza, porque se produce una situación de hiperactividad muy pronunciada. En los abordajes terapéuticos para esta sustancia, el mayor problema que se ha encontrado en la investigación es que no hay un antagonista ni un placebo como ocurre con otras sustancias altamente adictivas y riesgosas como puede ser el caso de la heroína en el que la metadona funciona como un sustituto o "terapia de sustitución". De manera que la fase de desintoxicación de estos usuarios es una fase crítica. Si bien no existe un síndrome de abstinencia -como sucede con sustancias como la heroína-, dada la permanencia de los principios activos de la sustancia en la corteza cerebral, se genera lo que normalmente se llama *deja vu*, es decir que, ante un contexto determinado, el usuario tiene la sensación de estar viviendo la misma situación y requiere un uso extremadamente fuerte de la sustancia.

En octubre y noviembre de 2010 la Secretaría Nacional de Drogas llevó a cabo una investigación en centros de tratamiento -y estamos planificando la realización de otro censo en los primeros meses del año próximo- y encontró que el 63% de las personas en tratamiento por consumo de pasta base tienen primaria incompleta y que cerca del 98% del 37% restante tienen secundaria incompleta. Esto determina que estas personas son las que tienen mayores *hándicaps* y dificultades desde el punto de vista de las competencias afectivas, relacionales y, por supuesto, cognitivas.

Cuando nosotros georreferenciamos el consumo de la pasta base, como lo hicimos en la Encuesta de Hogares que presentamos en mayo o junio, vemos que en las zonas de mayor exclusión y segregación residencial de Montevideo hay una media epidemiológica del entorno del 8% y al sur de Avenida Italia la sustancia prácticamente no marca, queda enteramente dentro del error muestral, por debajo del 1%.

A su vez, nosotros hacemos una encuesta de estudiantes, que es bastante potente, con mucha confiabilidad y un margen de error muy pequeño porque es una encuesta autoadministrada, que no implica una presión sobre los estudiantes, ya que las respuestas se ponen en una urna. Con todas las dificultades de subvaluación que pueden tener estos datos, esta encuesta nos da que el consumo de pasta base está por debajo del 1%; en el año 2009 nos dio un 0,8% y en el 2011 nos da un 0,4%. Aclaro que está dentro del margen de error estadístico, por lo que es muy difícil precisar si hubo una variación significativa. Entonces, si bien puede haber casos aislados, vemos que la problemática del

uso de esta sustancia se encuentra entre aquellas personas con mayores dificultades de vulnerabilidad asociada.

SEÑOR SOLARI.- Quisiera saber cómo interpretan la causalidad en lo último que estábamos hablando respecto a que la presencia sea relativamente común en zonas marginadas y prácticamente inexistente en zonas de clase media o clase media alta. Me gustaría saber si la causalidad es que la marginación lleva a este producto porque es más barato, que este producto lleva a la marginación por los efectos neurológicos que causa o es una combinación de ambas.

SEÑOR CALZADA.- Lo primero a dilucidar es si se trata de un producto más barato. Si lo medimos en término de unidades, es un producto significativamente más barato que su par el clorhidrato de cocaína, pero por la modalidad de consumo, para los usuarios resulta mucho más caro. En este caso, lo determinante no sería el costo.

Creemos que en el manejo del uso de drogas hay algunos datos que son interesantes -los mencionaré más adelante- que tienen que ver con la percepción del riesgo. En la medida en que un consumidor tenga mayor desarrollo cognitivo, afectivo y emocional, la percepción del riesgo en relación a una sustancia o a la realización de cierto tipo de actividades, como las delictivas, será sustancialmente diferente. Es decir que la eventualidad de que el consumo de una sustancia le pueda provocar un daño, es sumamente diferente según los sectores poblacionales de que se trate. Entendemos que en estos sectores hay una menor percepción del riesgo en relación a esta sustancia del que hay en otros lugares. No obstante ello, esta tesis podría ser criticable ya que por lo general, cuando se interpela sobre el impacto de esta sustancia a los usuarios que están en tratamiento o que consumen -estamos llevando adelante una investigación con poblaciones ocultas, fundamentalmente, en el área metropolitana- ellos dicen -hablando mal-: “esto es una mierda”. Así lo mencionan ellos. Los consumidores saben que se trata de una sustancia que los lesiona altamente.

A la hora de realizar el censo, también nos encontramos con que la edad media en el consumo de estas sustancias, en términos epidemiológicos y no en base a anécdotas ya que nos podemos encontrar con niños o niñas que consumen pasta base a los 8 o 10 años, oscila entre los 16 y 17 años. Es a esta edad en que, efectivamente, comienzan a consumir pasta base o cocaína. Los mayores de 25 años que estaban en tratamiento en octubre o noviembre de 2010 se habían iniciado en el consumo de drogas con la utilización de pegamentos como el Novoprén y sustancias que de alguna manera marcaron el consumo de las poblaciones más vulnerables en los años ’80 y ’90. Las personas menores de esta edad que se iniciaron en el consumo de pasta base después del año 2000 lo hicieron, básicamente, con el consumo de alcohol y luego pasaron a consumir otras sustancias. Para estas poblaciones que son las más jóvenes, en ese momento, la media de edad de las personas en tratamiento era de 22 años con 5 años de consumo previo como media también. Esto quiere decir que habían comenzado a consumir en el entorno de los 17 años y que en función de ese consumo demoraron 5 años en pedir ayuda y en comenzar un tratamiento. Si realizamos una comparación, por ejemplo con las personas que buscan un tratamiento por el consumo de alcohol, la edad promedio de estos es de 50 años y tienen una media de consumo previo de entre 15 y 25 años. Es decir que el alcohólico, por el proceso de deterioro en relación al alcohol que es más paulatina y por la instalación de la adicción que también lo es, demora mucho más tiempo en pedir ayuda.

Volviendo al punto anterior, todas las personas que en ese momento tenían menos de 25 años, se iniciaron en el consumo de drogas a través del consumo de alcohol en el entorno de los 11 o 12 años. Cuando digo “iniciado en el consumo de alcohol” no me refiero a quienes hayan experimentado con alcohol porque puede haber alguna niña o niño que haya consumido alguna vez alcohol, sino a cuando consume alcohol sistemáticamente. Ello nos da que en el entorno de los 11 o 12 años se inician en un consumo sistemático de alcohol; a partir de los 13 años empiezan a consumir tabaco; a los 15 experimentan con la marihuana y la consumen y entre los 16 y 17 años comienzan a consumir pasta base de cocaína. De todas maneras, me parece que los datos comparativos son buenos, y tenemos, cada vez más, la convicción de que estos son datos consolidados. Hay alrededor de 260.000 personas que consumen alcohol problemáticamente, lo que quiere decir que tienen episodios de abusos por ingesta de diferente tipo, sea adultos o adolescentes; tenemos unas 30.000 personas adictas al alcohol, con el impacto que eso tiene en el sistema sanitario; y hay en el entorno de 6.000 o 7.000 personas que consumen pasta base con cierta sistematicidad. Si comparamos esto con los parámetros internacionales para todas las adicciones, serían unas 600 o 700 personas que

efectivamente son adictas a la pasta base y que tienen una relación de privilegio con esta sustancia, aunque en casi todos los casos, además de pasta base, consumen tres sustancias más: tabaco, alcohol y marihuana.

SEÑOR AGAZZI.- Hacía tiempo que estaba buscando encontrarme con nuestro invitado para hablar de estos temas que son tan importantes y que están en la base de las medidas que el Poder Ejecutivo se está planteando. Nosotros tenemos a consideración un proyecto de ley orgánico, con mensaje del Poder Ejecutivo que, en realidad, fue muy comentado y tiene aspectos de dudosa interpretación y aplicabilidad. En realidad, lo tenemos a consideración a la espera del cúmulo de información, los puntos de vista y los fundamentos que vengan del Poder Ejecutivo. En la Comisión recibimos al Secretario de la Presidencia, cuando era el doctor Alberto Breccia, que hizo una fundamentación general. Quería preguntar algunas cosas concretas para tener un rumbo de luz en todos estos asuntos. Si consideramos el Decreto- Ley del año 1974 podemos observar que reglamenta muchos temas -contiene más de 80 artículos- y establece que será el Estado el que importe y exporte las sustancias contenidas en las listas; asimismo, crea la Comisión Nacional de Lucha contra la Toxicomanías, aunque no podemos olvidar que este es un decreto que tiene 40 años. Entonces, frente a la realidad actual de estas sustancias que se comportan de esta manera -que han crecido de forma importante y se han diversificado en el Uruguay- quiero saber la opinión de nuestro invitado con relación a cómo se comporta hoy esta arquitectura jurídica que teníamos hace 40 años. Además, me gustaría saber por qué la Comisión Nacional de Lucha contra la Toxicomanía, en todo caso, no es la estructura adecuada para dar respuesta a los problemas de la expansión de los estupefacientes en nuestra sociedad. Quizás, esta pregunta sea un poco directa, pero tengo que formularla para entender la situación en la que nos encontramos.

SEÑOR CALZADA.- Sin duda alguna, la Ley Nº 14.294 responde al desarrollo del conocimiento, al posicionamiento en ese momento de los diferentes campos del conocimiento -como la biología y la química- y a la visión que se tenía en la época, que sobre todo criminalizaba el consumo a nivel mundial. Esta ley se venía discutiendo antes de la dictadura y en su análisis opinaron diferentes personalidades de aquella época. Esta es una de las leyes más benévolas de América Latina y está muy en concordancia con el pensamiento liberal que en términos jurídicos Uruguay ha tenido a lo largo de toda su historia. En su momento, en la "benevolencia" -entre comillas- de la ley pesó mucho la opinión de la doctora Adela Reta.

Esta ley no penaliza ningún uso ni criminaliza la tenencia cuando se trata del consumo personal, y este aspecto nos distingue sustancialmente del resto de las legislaciones, como por ejemplo la argentina -donde se ha intentado despenalizar la tenencia recién en el año 2011- y la de otros países de América Latina.

Sin duda las leyes elaboradas en este período tienen que ver con la Convención de 1961 y con la enmienda que se le hace en el año 1972; básicamente se relacionan con una posición política de Estados Unidos y del exPresidente Richard Nixon que en junio de 1971 declara lo que hoy conocemos como la "guerra contra las drogas".

Es muy importante analizar el tema de las drogas a la luz de lo que han sido estos cincuenta años desde la Convención de 1961 hasta la actualidad. Por ejemplo, la presencia de los endocannabinoides en el cuerpo humano se descubre entre los años 1990 y 1994 -aun cuando empieza a estudiarse en la década del ochenta- y en esa época se tiene una visión clara del funcionamiento de la marihuana. En la ley que responde a las Convenciones que se firmaron anteriormente, la marihuana es considerada una sustancia de alto riesgo y, junto con el opio, hoy se ubica en la lista 1 de estas sustancias mientras que la cocaína se encuentra en la lista 2. Quiere decir que en esta legislación se plantea que de alguna manera, como sustancia, la cocaína es más agresiva y riesgosa o genera más daño que la marihuana.

En el año 1988 se hace una nueva modificación a esta ley; en ella participa la Facultad de Derecho y tiene mucho que ver la doctora Reta. En ese mismo año las Naciones Unidas hacen un planteo general de recrudecimiento de algunas penas. No obstante, esta norma se vuelve más benévola y se dejan más espacios abiertos para algunos temas relacionados con el consumo. En la estrategia de la Junta Nacional de Drogas, aprobada en abril de 2011, se plantea la necesidad de

debatir sobre toda esta legislación y hacer una revisión general al respecto. La propuesta del señor Presidente de la República -que se encuentra dentro de las quince medidas a poner en práctica- es parte de ello y refiere a la regularización del mercado del cannabis.

La Comisión Nacional de Lucha contra las Toxicomanías funciona en el ámbito del Ministerio de Salud Pública y tiene un mecanismo de control para los aspectos que la ley específicamente establece, pero tiene más que ver no con la elaboración y el diseño de políticas públicas en relación a la temática general de las drogas, sino a la importación, a la exportación, a la circulación de cierto tipo de sustancia, de la congruencia de las listas que es en lo que se basa la Convención de 1961. Hay cinco listas de sustancias que tienen diferente grado de apertura para su eventual circulación. Entre los años 1988 y 1989 se crea la Junta Nacional de Drogas y a partir de ahí se visualiza un organismo diferente para el desarrollo de las políticas públicas en la materia.

SEÑOR PRESIDENTE.- Disculpen la interrupción, pero tengo que retirarme. Propongo que el señor Senador Agazzi ocupe la Presidencia.

(Asume la Presidencia el señor Senador Agazzi.)

SEÑOR CALZADA.- Como decía, se empiezan a diseñar y a ejecutar con diferentes niveles de profundidad diversas políticas sociales ya más vinculadas a lo que en términos modernos son las políticas sobre la reducción de la demanda, la prevención, la asistencia del tratamiento y la inserción social de las personas con problemas de drogas, y lo que se conoce como el control de la oferta y lo vinculado a la interdicción de sustancias, precursores químicos o productos farmacéuticos para uso no médico.

Lo más moderno en materia de políticas públicas vinculadas al uso de sustancias es que no todas pueden ser consideradas de la misma manera; hay un gran debate relacionado a la regulación de los mercados de la marihuana, que también tiene que ver con la forma en que se considera a las demás. A nivel académico, por ejemplo, desde una posición liberal, nadie está planteando que todas las sustancias son iguales y que se pueda equiparar la heroína, la cocaína, la pasta base de cocaína, la marihuana, el alcohol u otras sustancias. Fundamentalmente, se entiende que este tratamiento diferencial debe darse desde el punto de vista médico, desde el punto de vista de los riesgos que provoca y lo que está arriba de la mesa son las eventuales estrategias para manejar la disponibilidad. Hay muchos trabajos del NIDA -organismo norteamericano que trabaja sobre los problemas de drogas- que establecen con mucha claridad todas las políticas en materia de drogas porque ellos son los que tienen más recursos económicos para hacer seguimientos longitudinales y estudios que pueden llevar diez o quince años siguiendo a un grupo de población. Cuando existe igual disponibilidad del uso de drogas -está hecho para el cannabis pero también es aplicable para el alcohol o cualquier otra sustancia- el uso o el abuso de la sustancia es inversamente proporcional a la percepción del riesgo que se tiene de la sustancia. De esta forma se obtiene una imagen de espejo, es decir, a menor percepción de riesgo, si en el eje de abajo tenemos la línea de la percepción de riesgo, mayor va a ser el uso de la sustancia. Esto tiene que ver también con lo que mencionaba anteriormente en relación a por qué en determinadas poblaciones el uso de esa sustancia es mayor. En este sentido, podemos generar la hipótesis de que esa baja percepción de riesgo está asociada a las dificultades de desarrollo cognitivo, etcétera, que mencionaba con anterioridad. Pero volviendo a lo que decía el señor Senador Agazzi, desde la Junta Nacional de Drogas tenemos la percepción de que es necesario rever el conjunto de la legislación que existe sobre la materia en el país, porque creemos que también hay que rever, como están planteando diferentes personalidades e instituciones a nivel mundial, la lógica de las leyes de drogas. Es el caso, por ejemplo, de la Comisión de Drogas y Democracia de América Latina, donde están Fernando Henrique Cardoso, César Gaviria, Ernesto Zedillo, Mario Vargas Llosa, etcétera, y en la que participaba también Carlos Fuentes, que murió recientemente. También podemos mencionar la Comisión Global para la Reforma de las Políticas de Drogas, donde hay personalidades tan diversas como Ruth Dreifuss, que fue Presidenta de la Confederación Helvética y dirigente sindical; Lech Walesa, con una posición filosófica, religiosa y política que está en las antípodas de la de ella, o Kofi Annan. Todos ellos están planteando la necesidad de reformar las políticas de drogas a nivel global y en esto se incluye el impacto que tiene lo que para nosotros puede ser la pasta base de cocaína. En países como Estados Unidos, que están asociados a las modas y demás, el impacto del *crack* hoy es muy menor, pero existe un problema muy serio con las anfetaminas y las metanfetaminas, que producen un deterioro muy parecido al generado

por la pasta base de cocaína, si no mayor, porque tienen algunos impactos a nivel fisiológico, por ejemplo, que son mucho más graves. Estas personalidades sostienen que las políticas de drogas deben tener en cuenta los riesgos que las sustancias tienen para legislar efectivamente sobre ellas.

SEÑORA MOREIRA.- Quisiera plantear una pregunta sobre el tema de la internación y la eficacia de los distintos tratamientos de deshabituación y de desintoxicación, que tengo entendido que son dos fases distintas. Concretamente, me gustaría saber cuál es el universo de personas, a su juicio, que requieren ser internadas y cuál es el universo de personas que requieren tratamiento ambulatorio; no sé si es posible determinarlo o son dos componentes de un mismo procedimiento. Hago la pregunta específicamente porque el proyecto prevé la internación de las personas cuando esté en riesgo su salud o la de otros.

También me interesaría saber qué resultados se obtienen con la internación, quiénes se internan, cuál es el tiempo medio que debe durar para que produzca efectos, etcétera. Asimismo, quisiera preguntarle sobre la eficacia de los distintos tratamientos de desintoxicación.

La segunda pregunta está vinculada a que el proyecto se refiere siempre a los que estén en la vía pública. Hay una diferencia sobre qué pasa entre las personas que están en una crisis aguda de intoxicación en la vía pública y las que se encuentran en los espacios privados, porque el proyecto de ley que recibimos apunta exclusivamente a quienes se encuentran en la vía pública. Hago esta pregunta, porque las Madres de la Plaza se refieren a sus hijos en los espacios privados, en sus casas.

SEÑOR CALZADA. En primer lugar, quiero aclarar sobre algunos ejes importantes vinculados a la desintoxicación, deshabituación e inserción. La desintoxicación se refiere al impacto que desde el punto de vista químico tiene la sustancia y que hace que la persona necesite un consumo, que está vinculado al síndrome de abstinencia. No todas las sustancias generan síndrome de abstinencia. Los más importantes que se conocen son los derivados del opio y al respecto hay varias películas que lo grafican, como *Trainspotting* o *Pulp Fiction,* y expresan descarnadamente que la persona que tiene el síndrome de abstinencia del opio sufre tremendos dolores. Para la desintoxicación del opio se necesitan períodos de tiempo de tratamiento farmacológicos largos e importantes.

Para las sustancias que se manejan en el Río de la Plata, estos tiempos son diferentes. La marihuana no tiene síndrome de abstinencia y difícilmente requiera internación para personas que quieren iniciar procesos de deshabituación. Ayer y hoy tuvimos la oportunidad de hablar sobre el tema con un químico español especializado en investigación de cannabinoides que están muy asociados con el tipo de la sustancia de que se trata y cómo funcionan los sistemas moleculares. Esta sustancia requiere de elementos grasos para vehiculizarse y no se diluye en agua, por lo tanto, uno se puede hacer un té de marihuana que no va a producir efecto. Todo esto tiene que ver con el funcionamiento de la química y la bioquímica. Yo vengo de las Ciencias Sociales y me costó bastante entender los aspectos sustanciales y los pormenores de esto.

Con respecto al efecto de la coca tiene que haber una sustancia que le extraiga el alcaloide. Pero, repito, la desintoxicación va a depender de la sustancia. La experiencia clínica y preclínica indica que para las sustancias de circulación que hay en el país, los procesos de desintoxicación podrían ser de entre 3, 5 y 7 días como máximo.

El usuario de pasta base o cocaína puede consumir grandes cantidades en un breve período de tiempo y por ese tipo de consumo puede tener dificultades para volver a la normalidad. En la jerga, cuando se consume una gran cantidad se llama "emparrillarse" y "bajar", cuando se busca volver al estado de normalidad. En esto se da mucho la "automedicación" -entre comillas- y buscan "bajarse" con el consumo de marihuana, que en realidad funciona como un ansiolítico.

No leí lo que se decía en El País, pero ha habido algunos trascendidos que no son muy claros. Incluso, en el documento "Estrategia por la Vida y la Convivencia" hay un trabajo realizado por la Secretaría Nacional de Drogas en el que, para el abordaje de estas situaciones, se plantea algo de lo que mencionaba el señor Senador. Concretamente, estamos llevando adelante este tipo de instalaciones en el Hospital Maciel y en San José, y queremos que haya dos más, una en el Hospital

Policial y otra en el Hospital de Clínicas. Son los llamados Equipos de Respuesta Inmediata en Crisis Adictivas -Erica-, que son unos dispositivos con camas separadas de las emergencias y de las salas de psiquiatría. Es una realidad que los usuarios de pasta base generan enormes inconvenientes en estas salas y distorsionan mucho su funcionamiento. Entonces, junto con la Administración de los Servicios de Salud del Estado, hemos diseñado estos dispositivos que están en proceso de instalación. El del departamento de San José cuenta con tres camas -para el 2012 tenemos previsto que en Mercedes, Durazno, Rivera y Artigas también tengan tres camas- específicas para personas que llegan en esta situación que mencionaba el señor Senador Solari, es decir que están en plena crisis adictiva o que quieren "bajar". Esto funciona por el principio de oportunidad; hay momentos en que los usuarios de estas drogas se acercan a un servicio buscando lo que ellos llaman "el achique", es decir permanecer algunas horas o algunos días para "bajar" de esa situación incontrolada que tienen por el consumo. Imagínense una persona cuyo corazón no baja de 120 pulsaciones durante cuatro o cinco horas. Queda en un estado de hiperactividad brutal y busca estos espacios. Nosotros tenemos el convencimiento de que estos espacios son los adecuados para tratar en agudo a estas personas.

Pasado eso, el período de deshabituación está sumamente ligado a la existencia de una contención importante que les permita sobrellevar el proceso. Como decía el doctor Ferrando, durante ese proceso el usuario va a tener sensaciones de recuerdo de situaciones de consumo -para ser más explícito-, el *deja vu* famoso. Al recordar esas situaciones de consumo, el usuario tiene impulsos de volver a consumir esta sustancia, se "gatilla", como se dice en la jerga. Entonces, hay un período -que no es corto- en el cual el usuario necesita una alta contención. En esto incide el hecho de que el usuario provenga de sectores altamente desestructurados, sin contención familiar o con relaciones familiares de codependencia. Las familias tienen una importancia determinante en las adicciones de estos usuarios más problemáticos, lo que está claramente identificado en la clínica.

A modo de ejemplo, muchos de los niños que están en la calle no lo están porque se hayan querido ir de sus casas, sino porque hay familias que son expulsivas. Esto sucede, básicamente, por las diferentes formas de violencia doméstica, incluida la sexual -aunque no es exclusiva-; en todos los casos encontramos este tipo de cuestiones. En aquellas personas cuyos entornos están altamente desestructurados, es necesaria también una permanencia para que puedan realizar un proceso que les proporcione las herramientas para lograr la inserción social. Estas herramientas tienen que ver con los aspectos -a los que ya hice referencia- que son deficitarios en origen, que son la falta, la escasez, el *hándicap* o lo poco que tienen en materia de competencias cognitivas, relacionales y afectivo-emocionales. Acá se produce una clase de dificultad que los usuarios de cualquier adicción, básicamente, de estas sustancias que tienen mayor impacto, deben enfrentar para ingresar a los circuitos sociales que le permitirán, por ejemplo, llevar adelante un trabajo con asiduidad.

En todos los procesos de atención y de tratamiento existen dos grandes categorías: la desintoxicación y la deshabituación. Asimismo, debe pensarse en la inserción laboral y/o educativa cuando esta última fuera posible ya que depende de la base cognitiva que se tenga. Si no existe inserción de este tipo es imposible que la persona se pueda mantener, una vez superado el tema de la crisis adictiva. Para ello debe desarrollar esta clase de competencias que no se trata de que las carezca totalmente pero una persona que nunca ha tenido contacto con el mundo del trabajo, no sabe lo que es ir a un lugar a trabajar a las 8 o 9 de la mañana. Para ella es lo mismo un viernes que un domingo; lo único que puede diferenciar en el imaginario de esa persona un día del otro es que si es seguidora del fútbol o de alguna actividad de esa especie, sepa que es domingo porque hay partido. Cuando no hay partido, no puede distinguir un miércoles de un domingo porque toda su vida transcurre de la misma manera.

Lo expresado anteriormente, es a los efectos de precisar que la internación en todos los casos es el último recurso, más allá de que en la sociedad exista la fantasía de que la internación es la única salida. Esto es muy relevante, porque también funciona en las expectativas que muchos familiares tienen en relación a la internación de sus hijos. Esto no sucede solamente en Siglo XXI, sino que la fantasía de la internación y de la exclusión para cierta clase de enfermedades tiene que ver con los auspicios psiquiátricos, con el tratamiento de la lepra y de otra cantidad de enfermedades más. Por algo el Hospital Saint Bois fue construido en las afueras de Montevideo y no junto al resto de los hospitales. Esto tiene que ver con la forma en que las sociedades visualizan estas problemáticas a lo largo del tiempo. Si bien hay ciertos actores de visualización que la exclusión salva, desde nuestro punto de vista la evidencia indica que lo que contribuye a mejorar la situación de las personas -no

sobre la base de una idea salvífica-, es la inserción, la inclusión social y las sociedades con mayores niveles de cohesión social que tienen menores dificultades con este tipo de personas.

No obstante esto, es claro que hay personas que en determinado momento tienen que necesariamente ser internadas porque están en riesgo para sí o pueden poner en riesgo a terceros, pero debe hacerse contra su voluntad porque, muchas veces, no son conscientes de la situación en la que están. Obviamente que en estos casos hay que hacer un diagnóstico para saber si la persona es totalmente consciente de la situación en la que está y poder tomar una medida que la proteja del momento de enorme dificultad por el que está pasando. Es claro que este tipo de situaciones tienen que ser transitorias y se tienen que hacer en un marco de respeto de los derechos humanos, en el marco de políticas y estrategias sanitarias que directamente den cuenta de esto. A este respecto, hay experiencias a nivel internacional, por ejemplo, hoy en día, en pleno siglo XXI, en Tailandia hay campos de trabajo forzado para usuarios de heroína. También hay algunos países de América Latina en los que se lleva forzosamente a las personas cuando sus familias las denuncian. Es cierto que hay familias que tienen tan poca capacidad de contención que no pueden dar cuenta de la realidad de parte de ellas, son familias altamente desestructuradas, entonces, la intervención en relación a ellas tiene que ser global. Hay familias que piden que sus hijos sean internados porque no pueden manejar la globalidad del problema que tienen con ellos. También está la fantasía de que si entregamos a una persona totalmente deteriorada a un centro de internación, la van a devolver como nuevos, tal como pasa con los autos cuando los llevamos para hacer chapa, pintura y un ajuste de cilindros. Pero las personas no funcionamos como los autos y tenemos que atravesar por procesos que son complejos. Más allá de algunas informaciones, lamentablemente tergiversadas, que circulan a nivel de la opinión pública, la recaída en las adicciones es parte de la normalidad, pues el cien por ciento de las personas que consumen drogas y que tienen problemas graves con su consumo, recaen. Se trata de que la recaída sea parte de un proceso que, en términos generales podríamos llamar de “sanación” y no sea una nueva frustración y un nuevo golpe. No hay ninguna terapia que razonablemente pueda asegurar que su propuesta es cien por ciento efectiva, quien sostenga eso está faltando a la verdad.

SEÑOR SOLARI.- Quiero aclarar que la pregunta inicial que formulé no tuvo ninguna mala intención, sino que simplemente traté de aclarar una información de prensa del día de hoy. Voy a entregar una copia de la nota a nuestro invitado y pido que la Secretaría la reparta a los demás integrantes de la Comisión. Obviamente que parte de esa información parece ser cierta porque al final de la nota se habla de los espacios Erica, pero también se alude a algunos aspectos que han preocupado a la Comisión, como el hecho de que el proyecto de ley que vino del Poder Ejecutivo refería exclusivamente a las personas que estuvieran en situación de calle. En la nota se dice que ese nuevo proyecto o esa modificación a la iniciativa que le haría el Poder Ejecutivo incluiría a aquellas personas que constituyen un riesgo para sí mismas y para los demás, pero que están en situación de familia. Esta sería una modificación bastante afín a lo que hemos conversado en el seno de este Cuerpo.

Otra cosa que también estaría en consonancia con lo que aquí hemos comentado, es que esa especie de reformulación del proyecto de ley le daría un énfasis mucho más sanitario que punitivo o policial.

Dejo planteado el punto para que usted lo analice; como toda información de prensa, tendrá algún elemento cierto y otro que no lo es, pero a los efectos del trabajo de la Comisión es muy importante saber cuanto antes si va a haber o no un proyecto sustitutivo como se anuncia. De esa manera, nos evitaríamos algún trabajo adicional.

A continuación, voy a formular varias preguntas y planteos.

En primer lugar, quisiera saber si uno puede considerar que las personas que tienen dependencia de las drogas -fundamentalmente de la pasta base, que es la que más complica en este caso en particular- pueden ser consideradas como enfermos crónicos y, por lo tanto, como tales, tener derecho a un tratamiento acorde con su situación brindado por el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Recuerdo haber discutido en el Ministerio de Salud Pública acerca de si los alcohólicos son enfermos crónicos o no. Los médicos -algunos clínicos pero muchos especializados en salud pública- no teníamos la más mínima duda de que eran enfermos crónicos y que tenían derecho a un

tratamiento eficaz. Por eso planteo si desde el punto de vista de la Junta Nacional de Drogas se considera como enfermos a las personas que tienen dependencia de este tipo de drogas y, en ese caso, pregunto si tendrán derecho a algún tipo de tratamiento.

En segundo término, quisiera hacer algunas puntualizaciones con respecto a estas tres fases. Las dos primeras son cronológicas, porque primero ocurre la desintoxicación y luego la deshabituación; es imposible pensar en una deshabituación cuando la persona todavía está sometida a las modificaciones somáticas que le produjo el consumo. Entre la deshabituación y la inserción social no necesariamente hay una relación cronológica en el sentido de que cuando una se termina comienza la otra, y eso es evidente. Si bien al inicio el énfasis se pone en la deshabituación, rápidamente se debe ingresar a la fase de reinserción. No estoy aludiendo a la necesidad de que las personas estén internadas, pero sí a la necesidad de que tengan un uso limitado de su libertad. No me refiero a su libertad en el sentido más abstracto, sino a su libertad en el sentido más específico: dónde va, con quién se junta, cuánto dinero puede manejar, dónde tiene que presentarse. Me refiero a una definición más pragmática de la libertad de conducta y me pregunto si eso se ubica dentro de las posibilidades que ustedes están contemplando.

Eso tiene relación con la internación, porque cuando se habla de ello se piensa en una internación de tipo hospitalario, pero no necesariamente tiene que ser así, puede ser en un centro de atención que le de esa limitación más práctica de la libertad, que no le puede dar la familia. Muchas veces la familia ya viene con una historia de deterioro, maltrato por parte de la persona dependiente, donde ha habido delitos, robo, ventas, abusos, etcétera. En ese caso y aprobado este proyecto de ley - el que mandó originalmente el Poder Ejecutivo u otro-, ¿con cuántos lugares de contención, de deshabituación e inserción podemos contar, tanto en la órbita del Estado, como fuera de él? Esto no tiene por qué brindarse solo por parte de instituciones públicas, me parece que hay algunos aspectos del proyecto de ley que desde ese punto de vista son importantes.

Quiero formular una tercera pregunta con respecto al tema de las recaídas. Quien ha sido adicto a la pasta base tiene una facilidad enorme para volver a encadenar esos sentimientos y volver a consumir, pero una cosa es que vuelva a consumir "emparrillándose" y otra, que vuelva a consumir en forma ocasional y que se libere muy rápidamente de esa situación. ¿Cómo lo ven ustedes? Por supuesto, nadie puede afirmar que esa persona no va a tener recaídas. Yo estuve muy vinculado a este tema porque ocupé la titularidad del Ministerio cuando se formó el Centro Izcalí y ni siquiera ellos afirman que pueda tener recaídas, al contrario. Parecería muy importante tener una idea más acabada con respecto al tipo de recaída, una cosa es la recaída en el consumo abusivo y volver a desestructurar la personalidad y otra cosa es una recaída ocasional, un traspié en un camino hacia la recuperación.

SEÑOR CALZADA.- Quizá debería haber empezado por cómo entendemos globalmente todo el tema, para después responder a su pregunta. Creo que hay que distinguir entre uso, uso problemático y adicción, porque son tres categorías que dan cuenta de situaciones y de actitudes diferentes. El uso de drogas, incluso el uso de la pasta base, puede ser experimental en algunos casos y mayoritariamente lo es, de lo contrario no coincidiría la prevalencia de vida con la prevalencia del último mes, y son sustancialmente diferentes, porque la prevalencia de vida es mucho más amplia.

La dependencia a las drogas, la adicción, pero sobre todo la dependencia y la adicción como concepto, está siendo definida por la OMS como una enfermedad crónica recurrente, que se podría emparentar con la diabetes. Es una enfermedad en la que la persona tiene o podrá tener empujes y dependerá de cómo la tratemos para ver los resultados que da.

SEÑOR SOLARI.- ¿Lo que está clasificado por la Organización Mundial de la Salud como enfermedad crónica recurrente es la adicción y no el uso problemático de la pasta base, por ejemplo?

SEÑOR CALZADA.- No se incluye el uso problemático de las drogas en general. En realidad, el catedrático español experto en temas de cannabinoides que nos visitó, por ejemplo, conoció la pasta base en el Uruguay. Es una sustancia que, salvo para los que estamos en los circuitos donde se abordan estos temas, es desconocida. Sí se conocen otras variedades, como el *crack*, y aquí hay un aspecto importante que quizás no mencioné en su momento. Antes de que apareciera la pasta base en

el Uruguay, apareció la “lata”, que es clorhidrato de cocaína mezclado con bicarbonato, con lo cual se hace una pasteta. Esto es lo que hace que el principio activo del clorhidrato se active para ser fumado. Si una persona quema medio kilo de clorhidrato de cocaína y le pone la nariz encima, no le produce ningún efecto. Incluso, hay usuarios que hablan del “nevado”, que es más una fantasía que una realidad: consiste en ponerle un poco de clorhidrato de cocaína a un cigarrillo de marihuana, por ejemplo. Si se mezcla un cigarrillo de marihuana con pasta base de cocaína, sí tiene un efecto, porque las dos sustancias funcionan por la combustión. Pero, en definitiva, la Organización Mundial de la Salud dice que la adicción es una enfermedad crónica recurrente. Cuando hablamos de uso problemático, nos referimos, por ejemplo en el caso del alcohol, a los abusos por ingesta. Hay 200.000 personas en el Uruguay que tienen este tipo de abusos. En el alcohol esto está muy pautado, porque es muy manejable, pero el uso problemático implica consumir más de una botella de tres cuartos de litro de vino, cuatro medidas de whisky o dos litros de cerveza en un período no mayor a dos horas. Esto hace que la persona, de acuerdo con sus características particulares -si tiene más o menos tenor graso; si es más alto o más grande; si es mujer o si es hombre, porque en este aspecto también hay diferencias importantes, etcétera- esté haciendo un episodio de uso problemático. En el caso de la cocaína, se puede hablar perfectamente de uso problemático sin hablar de adicción, y se encuentra mucho en el ámbito académico, de los estudiantes básicamente, y en ámbitos laborales. En cierto tipo de profesiones hay más prevalencia del uso de ciertas drogas que de otras. No quiero entrar a catalogar a ninguna profesión, pero se conoce que hay ciertos tipos de trabajos que inducen a que haya un consumo mayor de cierto tipo de sustancias. Y no hablamos de adicción a la cocaína porque una persona consuma una cantidad de gramos importante o se “emparrille” entre jueves y domingos, porque de lunes a viernes tiene una actividad normal. Sin duda, esta persona está asumiendo comportamientos y actitudes de riesgo que pueden devenir en que se le desarrolle una adicción y que pueda tener un consumo ya adictivo, porque es permanente.

Cuando se habla de la adicción química u otras adicciones, el eje de la vida de la persona que la padece está centrado en el uso de una sustancia. En el caso de las personas adictas al juego -el DSM IV establece las definiciones dadas por la Academia de Psiquiatría de los Estados Unidos en materia de adicciones-, una persona se levanta pensando en qué número va a jugar y cuáles son las actividades vinculadas al juego que va a tener a lo largo del día. Entonces, su vida se centra en relación a un único objeto que puede ser una sustancia química u otra cosa. Hoy se habla de adicción al sexo. Inclusive, la Academia de Psiquiatría norteamericana ha discutido en el último año y no lo ha incluido, la adicción a internet por el caso de las personas que tienen un consumo problemático. Cuando hablamos de un uso problemático de las drogas, nos referimos a personas que tienen episodios de mucho riesgo. También puede ser un episodio de riesgo el caso de las personas que consumen mucho alcohol y después conducen un auto o trabajan con cierto tipo de maquinarias que pueden causar un daño a un tercero. Cuando hablamos de adicciones estamos ante una relación de privilegio de la persona con una cosa. También se habla de la adicción al trabajo.

Respecto a los lugares para desintoxicación, creemos que en el marco del Sistema Integrado de Salud, como mencionaba el señor Senador Solari, todas las instituciones de gestión privada o estatal tienen que hacerse cargo de los procesos de desintoxicación.

¿De qué disponemos? En el día de hoy no disponemos de ninguna. Estamos haciendo reformas en el Hospital Maciel para instalar uno allí y también en esta semana estamos realizando las reformas en el Hospital de San José para contar con tres camas separadas de la emergencia general y de la sala de psiquiatría para el proceso de desintoxicación de esos usuarios. Habíamos hecho un proyecto con once camas para el Hospital Maciel que se demoró unos meses porque no había acuerdo entre los arquitectos del Hospital y quienes habíamos trabajando en el diseño y por eso acordamos bajar a ocho camas porque el espacio no cumplía con la reglamentación prevista. Entendemos que esto debe estar en un hospital porque los usuarios llegan con esta patología emergente y en agudo pero que puede estar asociada a una cantidad de problemáticas de tipo físico que tienen que ser tratadas por médicos que naturalmente se encuentran en el Hospital.

SEÑOR SOLARI.- Pueden tener arritmia.

SEÑOR CALZADA.- Es posible que la persona necesite un cardiólogo, pero también de un dermatólogo. A veces por la forma de consumo se queman los dedos o, como caminan mucho, necesitan que les revisen los pies porque sufren lesiones importantes. En el caso de los consumidores

inveterados y policonsumidores -cuando son mayores de 25 años y normalmente consumen alcohol-, pueden tener patologías asociadas a ese consumo desde tumores intestinales y de colon o problemas en el páncreas. Por eso, para el proceso de desintoxicación la persona necesita un primer período hospitalario. Como bien mencionaba el señor Senador Solari, no es necesario ni pertinente hacer la deshabituación en un ámbito hospitalario; lo adecuado es hacerla en un ámbito con características sociosanitarias con fuertes componentes educativos.

Por otro lado, se plantea un tema que me parece que es sustancial y que tiene que ver con el uso limitado de la libertad. Esto no quiere decir que se limite la libertad ambulatoria, ya que puede haber tratamientos ambulatorios que son menos invasivos y menos estresantes que los que requieren internación. Lo cierto es que, en este proceso de adquisición de cierto tipo de habilidades, los usuarios de drogas necesitan algún tipo de contención mayor, por ejemplo, en el manejo del dinero. Vinculado a esto, nosotros tenemos una fuerte diferencia con algunas entidades que realizan trabajos de rehabilitación de usuarios de drogas y, de manera inadecuada, les dan como tarea vender caramelos o trapos de piso casa por casa. Un adicto en proceso de recuperación, un usuario de droga problemático -más aún si es de sustancias como la pasta base- con $ 50 en el bolsillo es un mono con escopeta, un peligro para sí mismo o para terceros.

Entonces, se deben dar procesos que impliquen un manejo progresivo de la autonomía por parte de los usuarios y no es recomendable que en las etapas iniciales de los procesos de inserción al mundo del trabajo manejen dinero. En este momento estamos generalizando un programa de inserción social -para lo cual tenemos acuerdos fundamentalmente con OSE y Antel y estamos avanzando con algunas empresas privadas- en el que los usuarios son acompañados por personas específicamente capacitadas para realizar estos procesos de inserción, que no son iguales a los que pueden tener otras personas con dificultades con el empleo pero con mayores niveles de autonomía. En ese sentido, hemos realizado un acuerdo con el Inefop y con el Mides y hemos generado recursos humanos en entidades no gubernamentales para acompañar estos procesos y apoyar el trabajo de personas que están en tratamiento. Cuando decimos “personas que están en tratamiento” no nos referimos solamente a aquellas que están en procesos de internación o ambulatorio, sino también a lo que técnicamente se llama “usuarios en activo”. Por lo general, se habla de programas libres de drogas y de programas de reducción de daño. Creemos que ambas propuestas tienen validez ya que hay personas que se manejan mejor en programas libres de drogas, en las que no está habilitado el consumo, y hay otras que van haciendo un proceso de relacionamiento diferente con la sustancia que les permite, siendo usuarios en activo, encarar procesos de inserción sociolaboral. Entonces, aquí puede haber un matiz con lo que el señor Senador Solari planteaba. Estos usuarios que pueden manejar cierto tipo de consumo pero que todavía tienen problemas de recaídas en “emparrillamiento”, de alguna manera, tienen más capacidad para manejar, por ejemplo, el sueldo. Sin duda, en estos casos es necesario trabajar con la familia, que normalmente es la que cobra el sueldo y negocia con los usuarios. Esto tiene riesgos, como todo en la vida, de que haya quienes abusen del trabajo de algunos de los usuarios. De ahí la tarea de acompañamiento que estamos realizando desde diferentes actores, para que estas personas puedan concluir sus procesos de inserción social.

Existen otros dispositivos, algunos de los cuales hoy se encuentran en ámbitos diferentes, como las denominadas “casas de medio camino” o “casas asistidas”. Estas se encuentran en la órbita del INAU y juegan un papel muy importante en el pasaje de niños, niñas y adolescentes que han estado durante procesos cortos o largos con internaciones allí, no necesariamente con privación de libertad. Estos mecanismos existen en el mundo desarrollado y son de gran utilidad en el pasaje de los usuarios de situaciones más difíciles a situaciones de mayor integración social.

Estamos trabajando para la instalación, a partir del año que viene, de una casa asistida para patologías duales -que es algo de lo que no hemos hablado aún-conjuntamente con la Intendencia de Montevideo, el Ministerio de Desarrollo Social y con apoyo de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, como propuesta piloto en el centro de Montevideo.

Con respecto al tema de las recaídas y a la estrategia nacional sobre drogas llevada a cabo por el Departamento de Atención y Tratamiento, cualquier propuesta de atención y tratamiento para usuarios de drogas que se precie de cierta seriedad, tiene que dar cuenta de alguno de estos pasos a que hacíamos mención: la desintoxicación, la deshabituación, la inserción y un programa de prevención de recaídas. Toda recaída es riesgosa para los usuarios. La práctica nos demuestra -y la

teoría lo ha tematizado- que hay un trabajo muy importante a realizar con los usuarios a través de los denominados programas de prevención de recaídas, partiendo de la base de que el 100% de los usuarios recaen. Podrá haber alguno que no lo haga, pero será la excepción; puede ser que luego de un proceso -esto no quiere decir que la recaída sea crónica- de haber tenido varias recaídas encuentre, de alguna manera, la fórmula para manejar su relación con las sustancias y viva el resto de su vida sin recaer. Pero, inicialmente, va a tener problemas de recaída. Entonces, para que los programas tengan una mayor posibilidad de éxito, una vez que el usuario es dado de alta, ya se trate de centros de internación, centros ambulatorios, centros de día o casas de medio camino, es necesario que este pueda continuar con el proceso de prevención de recaída.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la vasta información brindada.

Se levanta la sesión.

(Es la hora 20 y 1 minuto.)